

H24 群馬県患者調査

秘

病院入院票

施設所在地

市・町・村

※保健所符号

施設番号 H-

患者番号

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成24年10月16～18日(指定された1日)

※

(1)性別	1 男 2 女	(2)出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年	月	日																																																				
(3)患者の住所	1 病院と同じ市町村内 2 病院とは別の市町村 →					※市町村コード																																																				
(4)入院年月日	入院年月日 1 平成 2 昭和 年 月 日																																																									
(5)受療の状況	<p>1 傷病の診断・治療</p> <p>傷病名 ※</p> <p>外傷の原因</p> <p>2 正常分娩(単胎自然分娩)</p> <p>3 正常妊娠・産じよくの管理</p> <p>4 健康者に対する検査、健康診断(査)・管理</p> <p>5 その他のサービス</p> <p>外傷の原因(中毒を含む)</p> <p>記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <p>不慮の事故 故意又は不明</p> <p>① 自動車交通事故 ⑪ 自傷</p> <p>② 自転車交通事故 ⑫ 他傷</p> <p>③ その他の交通事故 ⑬ 不明</p> <p>④ スポーツ中の事故</p> <p>⑤ 転倒・転落</p> <p>⑥ 溺水</p> <p>⑦ 窒息</p> <p>⑧ 煙、火、火災</p> <p>⑨ 有害物質(農薬・ガス等)</p> <p>⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故</p>																																																									
(6)診療費等支払方法	<p>1 自費診療 (特定療養費含む)</p> <p>2 医療保険等、公費負担医療</p> <p>3 介護保険(介護扶助を含む)</p> <p>I (医療保険等) II (公費負担医療)</p> <table border="1"> <tr> <td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td> </tr> <tr> <td>協会健保</td><td>組合健保</td><td>共済</td><td>国保</td><td>退職者医療</td><td>高齢者医療</td><td>労災・公務災害</td><td>自賠法</td><td>その他</td><td>感染症予防法</td><td>障害者自立支援法</td><td>生活保護法</td><td>(医療扶助)</td><td>その他の公費</td><td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td> </tr> </table>							01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	協会健保	組合健保	共済	国保	退職者医療	高齢者医療	労災・公務災害	自賠法	その他	感染症予防法	障害者自立支援法	生活保護法	(医療扶助)	その他の公費				本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17																																										
協会健保	組合健保	共済	国保	退職者医療	高齢者医療	労災・公務災害	自賠法	その他	感染症予防法	障害者自立支援法	生活保護法	(医療扶助)	その他の公費																																													
本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人																																										
(7)紹介の有無	<p>1 病院から 2 一般診療所から 3 歯科診療所から 4 介護老人保健施設から</p> <p>5 介護老人福祉施設から 6 その他から 7 紹介なし</p>																																																									
(8)救急の状況	<p>[1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診] 4 1～3以外</p> <p>救急(複数回答可)</p>																																																									
(9)病床の種類	<p>1 精神病床 2 感染症病床 3 結核病床</p> <p>4 療養病床(医療保険適用病床) 5 療養病床(介護保険適用病床) 6 一般病床</p>																																																									
(10)入院の状況	<p>1 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する</p> <p>2 生命の危険がある</p> <p>3 受け入れ条件が整えば退院可能</p> <p>4 検査入院</p> <p>5 その他</p>																																																									
(11)心身の状況	<table border="1"> <tr> <td>移乗</td> <td>1 自立</td> <td>2 見守りが必要</td> <td>3 一部介助が必要</td> <td>4 全介助が必要</td> </tr> <tr> <td>食事摂取</td> <td>1 自立</td> <td>2 見守りが必要</td> <td>3 一部介助が必要</td> <td>4 全介助が必要</td> </tr> <tr> <td>嚥下</td> <td>1 できる</td> <td>2 見守りが必要</td> <td>3 できない</td> <td></td> </tr> <tr> <td>排便の後始末</td> <td>1 自立</td> <td>2 見守りが必要</td> <td>3 一部介助が必要</td> <td>4 全介助が必要</td> </tr> </table>							移乗	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要	食事摂取	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要	嚥下	1 できる	2 見守りが必要	3 できない		排便の後始末	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																															
移乗	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																						
食事摂取	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																						
嚥下	1 できる	2 見守りが必要	3 できない																																																							
排便の後始末	1 自立	2 見守りが必要	3 一部介助が必要	4 全介助が必要																																																						

H24 群馬県患者調査

秘

病院外来票

施設所在地

市・町・村

※保健所符号

施設番号 H-

患者番号

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成24年10月16～18日(指定された1日)

※

(1)性別	1 男 2 女	(2)出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年	月	日																					
(3)患者の住所	1 病院と同じ市町村内																										
	2 病院とは別の市町村 → <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市郡 <input type="text"/> 町村 <input type="text"/>																										
(4)外来の種類	初診	1 通院 2 往診																									
	再来	3 通院 4 往診 5 訪問診療 6 医師以外の訪問			前回診療(訪問)月日 平成 24 年 月 日																						
(5)受療の状況	1 傷病の診断・治療																										
	<p>傷病名 ※ <input type="text"/></p> <p>外傷の原因 <input type="text"/></p> <p>外傷の原因(中毒を含む)</p> <p>記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td>不慮の事故</td> <td>故意又は不明</td> </tr> <tr> <td>① 自動車交通事故</td> <td>⑪ 自傷</td> </tr> <tr> <td>② 自転車交通事故</td> <td>⑫ 他傷</td> </tr> <tr> <td>③ その他の交通事故</td> <td>⑬ 不明</td> </tr> <tr> <td>④ スポーツ中の事故</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤ 転倒・転落</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥ 溺水</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑦ 窒息</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑧ 煙、火、火災</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑨ 有害物質(農薬・ガス等)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故</td> <td></td> </tr> </table>						不慮の事故	故意又は不明	① 自動車交通事故	⑪ 自傷	② 自転車交通事故	⑫ 他傷	③ その他の交通事故	⑬ 不明	④ スポーツ中の事故		⑤ 転倒・転落		⑥ 溺水		⑦ 窒息		⑧ 煙、火、火災		⑨ 有害物質(農薬・ガス等)		⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故
不慮の事故	故意又は不明																										
① 自動車交通事故	⑪ 自傷																										
② 自転車交通事故	⑫ 他傷																										
③ その他の交通事故	⑬ 不明																										
④ スポーツ中の事故																											
⑤ 転倒・転落																											
⑥ 溺水																											
⑦ 窒息																											
⑧ 煙、火、火災																											
⑨ 有害物質(農薬・ガス等)																											
⑩ ①～⑨以外の原因による不慮の事故																											
(6)診療費等支払方法	1 自費診療 (特定療養費含む)																										
	2 医療保険等、公費負担医療 3 介護保険(介護扶助を含む)																										
<p>該当するものすべてを選択してください。</p> <p>※介護保険サービス利用者で、医療保険等又は公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入してください。</p>	I (医療保険等)											II (公費負担医療)															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17										
協会健保		組合健保		共済		国保	退職者医療		高齢者医療	労災・公務災害	自賠法	その他	感染症予防法	障害者自立支援法	生活保護法	(医療扶助)	の負担によるものその他										
本	家	本	家	本	家		本	家																			
人	族	人	族	人	族	保	人	族																			
(7)紹介の有無	1 病院から		2 一般診療所から			3 歯科診療所から			4 介護老人保健施設から																		
	5 介護老人福祉施設から					6 その他から			7 紹介なし																		
(8)救急の状況	[1 救急車により搬送 2 救急外来を受診 3 診療時間外を受診]											4 1～3以外															
	救急(複数回答可)																										

H24 群馬県患者調査

秘

一般診療所票

施設所在地	※保健所符号
市・町・村	施設番号 C-
※	患者番号

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成24年10月16～18日(指定された1日)

(1)性別	1 男 2 女	(2)出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年	月	日																																																																														
(3)患者の住所	1 診療所と同じ市町村内						※市町村コード																																																																													
	2 診療所とは別の市町村 → <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市郡 <input type="text"/> 町村 <input type="text"/>						<input type="text"/>																																																																													
(4)入院・外来の種類	入院	入院年月日					1 平成 2 昭和	年	月	日																																																																										
	外来	初診	1 通院 2 往診					前回診療(訪問)月日																																																																												
再来		3 通院 5 訪問診療 4 往診 6 医師以外の訪問					平成 24 年 月 日																																																																													
(5)受療の状況	1 傷病の診断・治療						外傷の原因(中毒を含む)																																																																													
	傷病名 ※ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 外傷の原因 <input type="text"/>						記載した傷病名が外傷(中毒を含む)の場合は、下欄から外傷の原因を該当する番号で記入してください。																																																																													
(6)診療費等支払方法	1 自費診療 (特定療養費含む)						2 医療保険等、公費負担医療				3 介護保険(介護扶助を含む)																																																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">I (医療保険等)</th> <th colspan="7">II (公費負担医療)</th> </tr> <tr> <th>01</th><th>02</th><th>03</th><th>04</th><th>05</th><th>06</th><th>07</th><th>08</th><th>09</th><th>10</th> <th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>協会健保</td><td>組合健保</td><td colspan="2">共済</td><td colspan="2">国保</td><td colspan="2">退職者医療</td><td>高齢者医療</td><td>労災・公務災害</td><td>自賠法</td><td>その他</td><td>感染症予防法</td><td>障害者自立支援法</td><td colspan="2">(医療扶助)生活保護法</td><td>その他の公費</td> </tr> <tr> <td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td><td>家族</td><td>本人</td> </tr> </tbody> </table>																	I (医療保険等)										II (公費負担医療)							01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	協会健保	組合健保	共済		国保		退職者医療		高齢者医療	労災・公務災害	自賠法	その他	感染症予防法	障害者自立支援法	(医療扶助)生活保護法		その他の公費	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族
I (医療保険等)										II (公費負担医療)																																																																										
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17																																																																				
協会健保	組合健保	共済		国保		退職者医療		高齢者医療	労災・公務災害	自賠法	その他	感染症予防法	障害者自立支援法	(医療扶助)生活保護法		その他の公費																																																																				
本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人																																																																				
(7)紹介の有無	1 病院から				2 一般診療所から				3 歯科診療所から				4 介護老人保健施設から																																																																							
	5 介護老人福祉施設から				6 その他から				7 紹介なし																																																																											
(8)救急の状況	[1 救急車により搬送				2 救急外来を受診				3 診療時間外の受診]				4 1～3以外																																																																							
(9)病床の種別	1 療養病床(医療保険適用病床)						2 療養病床(介護保険適用病床)						3 1, 2 以外																																																																							
	(10)入院の状況	1 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する																																																																																		
		2 生命の危険がある																																																																																		
		3 受け入れ条件が整えば退院可能																																																																																		
		4 検査入院																																																																																		
5 その他																																																																																				
(11)心身の状況	移乗				1 自立 2 見守りが必要				3 一部介助が必要				4 全介助が必要																																																																							
	食事摂取				1 自立 2 見守りが必要				3 一部介助が必要				4 全介助が必要																																																																							
	嚥下				1 できる 2 見守りが必要				3 できない																																																																											
	排便の後始末				1 自立 2 見守りが必要				3 一部介助が必要				4 全介助が必要																																																																							

H24 群馬県患者調査

秘

歯科診療所票

施設所在地

市・町・村

※保健所符号

施設番号 D-

患者番号

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

平成24年10月16～18日(指定された1日)

※

(1)性別	1 男 2 女	(2)出生年月日	1 平成 2 昭和 3 大正 4 明治	年	月	日											
(3)患者の住所	1 診療所と同じ市町村内 2 診療所とは別の市町村 → <input type="text"/> 都道府県 <input type="text"/> 市郡 <input type="text"/> 町村					※市町村コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
(4)外来の種類	初診	1 通院 2 訪問診療		前回診療(訪問)月日 平成 24 年 月 日													
	再来	3 通院 4 訪問診療 5 歯科医師以外の訪問															
(5)傷病名	下記の傷病名から1つ選び、該当する番号を記入してください。 15の外因による損傷の場合には、その原因を下記の外傷の原因から1つ選び、該当する番号を記入してください。																
	傷病名			外傷の原因													
	傷病名			外傷の原因													
	<ul style="list-style-type: none"> 1 う蝕症(C) 2 歯髄炎(Pul)、歯髄壊疽(Pu壊疽)、歯髄壊死(Pu壊死) 3 歯根膜炎(Per) 4 歯槽膿瘍(AA)、歯根嚢胞(WZ) 5 歯肉炎(G) 6 慢性歯周炎(P) 7 歯肉膿瘍(GA)、その他の歯周疾患 8 智歯周囲炎(Perico) 9 その他の歯及び歯の支持組織の障害 10 じょく瘡性潰瘍(Dul)、口内炎(Stom)等 11 その他の顎及び口腔の疾患 12 歯の補てつ(冠、ブリッジ、有床義歯、インプラント) 13 歯科矯正 14 外因による損傷 15 検査・健康診断(査)及びその他の保健医療サービス 			不慮の事故 ① 自動車交通事故 ② 自転車交通事故 ③ その他の交通事故 ④ 転倒・転落 ⑤ ①～④以外の原因による不慮の事故 故意又は不明 ⑥ 自傷 ⑦ 他傷 ⑧ 不明													
(6)診療費等支払方法	1 自費診療 (特定療養費含む)		2 医療保険等、公費負担医療			3 介護保険(介護扶助を含む)											
(該当するものすべてを選択してください。) ※介護保険サービス利用者で、医療保険等又は公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入してください。	I (医療保険等)													II (公費負担医療)			
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
	協会健保	組合健保	共済	国保	退職者医療	高齢者医療	労災・公務災害	自賠法	その他	感染症予防法	障害者自立支援法	生活保護法	(医療扶助)	その他の公費	の負担によるもの		
本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族	本人	家族

平成24年群馬県患者調査集計等業務 参考帳票一覧

受療種別患者数	
第1表	傷病(中分類)/施設の種類・入院外来/別に見た患者数
第2表	傷病(中分類)/施設の種類・入院外来/別に見た受療率
第3-1表	傷病(中分類)/入院外来・外来の種類/別に見た患者数(総数)
第3-2表	傷病(中分類)/入院外来・外来の種類/別に見た患者数(病院)
第3-3表	傷病(中分類)/入院外来・外来の種類/別に見た患者数(一般診療所)
年齢階級別・性別の患者数等	
第4表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数
第5表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た受療率
第6表	傷病(小分類)/入院外来・外来の種類/別に見た患者数
第7表	年齢階級・性/施設の種類・入院外来/別に見た患者数
第8表	年齢階級・性/施設の種類・入院外来/別に見た受療率
診療間隔	
第9-1表	年齢階級・性/前回診療日から調査日までの日数/別に見た再来患者の構成割合(総数)
第9-2表	年齢階級・性/前回診療日から調査日までの日数/別に見た再来患者の構成割合(病院)
第9-3表	年齢階級・性/前回診療日から調査日までの日数/別に見た再来患者の構成割合(一般診療所)
第10-1表	傷病(中分類)/前回診療日から調査日までの日数/別に見た再来患者の構成割合(総数)
第10-2表	傷病(中分類)/前回診療日から調査日までの日数/別に見た再来患者の構成割合(病院)
第10-3表	傷病(中分類)/前回診療日から調査日までの日数/別に見た再来患者の構成割合(一般診療所)
二次医療圏別、市町村別の患者数等	
第11表	患者住所地(市町村)/入院外来・外来の種類/別に見た患者数
第12表	患者住所地(市町村)/入院外来・外来の種類/別に見た受療率
第13表	傷病(中分類)/患者住所地(市町村)/別に見た患者数
第14表	傷病(中分類)/患者住所地(市町村)/別に見た受療率
第15-1表	患者住所地(市町村)/年齢階級/別に見た患者数(総数)
第15-2表	患者住所地(市町村)/年齢階級/別に見た患者数(男)
第15-3表	患者住所地(市町村)/年齢階級/別に見た患者数(女)
第16-1表	患者住所地(市町村)/年齢階級/別に見た受療率(総数)
第16-2表	患者住所地(市町村)/年齢階級/別に見た受療率(男)
第16-3表	患者住所地(市町村)/年齢階級/別に見た受療率(女)
第17-1表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(前橋医療圏の居住者)
第17-2表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(高崎・安中医療圏の居住者)
第17-3表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(桐生医療圏の居住者)
第17-4表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(伊勢崎医療圏の居住者)
第17-5表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(太田・館林医療圏の居住者)
第17-6表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(渋川医療圏の居住者)
第17-7表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(藤岡医療圏の居住者)
第17-8表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(富岡医療圏の居住者)
第17-9表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(吾妻医療圏の居住者)
第17-10表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(沼田医療圏の居住者)
第17-11表	傷病(中分類)/年齢階級・性/別に見た患者数(県外居住者)
第18-1表	入院外来・受療地(医療圏)/患者住所地(医療圏)/別に見た患者数(総数)
第18-2表	入院外来・受療地(医療圏)/患者住所地(医療圏)/別に見た患者数(病院)
第18-3表	入院外来・受療地(医療圏)/患者住所地(医療圏)/別に見た患者数(一般診療所)
第19-1表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/別に見た患者数(総数)
第19-2表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/別に見た患者数(入院)
第19-3表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/別に見た患者数(外来)
第20-1表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/別に見た病院患者数(総数)
第20-2表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/別に見た病院患者数(入院)
第20-3表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/別に見た病院患者数(外来)
第21-1表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/別に見た一般診療所患者数(総数)
第21-2表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/別に見た一般診療所患者数(入院)
第21-3表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/別に見た一般診療所患者数(外来)
第22A表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/病床の種類/別に見た入院患者数(病院診療所 一般病床)
第22B表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/病床の種類/別に見た入院患者数(病院診療所 療養病床)
第22C表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/病床の種類/別に見た入院患者数(精神病床)
第22D表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/病床の種類/別に見た入院患者数(感染症病床)
第22E表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/病床の種類/別に見た入院患者数(結核病床)
患者数の構成割合	
第23表	傷病(中分類)/施設の種類・入院外来/別に見た構成割合
診療費支払方法別	
第24表	傷病(中分類)/支払方法/別に見た患者数
第25-1表	患者住所地(市町村)/支払方法/別に見た構成割合(総数)
第25-2表	患者住所地(市町村)/支払方法/別に見た構成割合(14歳以下)
第25-3表	患者住所地(市町村)/支払方法/別に見た構成割合(15歳～64歳)
第25-4表	患者住所地(市町村)/支払方法/別に見た構成割合(65歳以上)
第25-5表	患者住所地(市町村)/支払方法/別に見た構成割合(不詳)
歯科診療所	
第26表	入院外来・外来の種類/別に見た患者数・受療率・構成割合
第27表	患者住所地(市町村)/年齢階級/別に見た患者数(総数)
第28表	患者住所地(市町村)/年齢階級/別に見た受療率(総数)
第29表	患者住所地(市町村)/受療地(市町村)/別に見た患者数
第30表	患者住所地(二次医療圏)・傷病/受療地(二次医療圏)別に見た患者数

平成24年群馬県患者調査

■平成25年11月発行

■編集発行

群馬県健康福祉部医務課

電話 027-226-2535